

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : K/0919/1442		APPLICATION DATE : 21/9/19			
NAME of APPLICANT : PARITOSH DEBNATH		AGE-YEARS अनु-वर्ष	SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : TILAK DEBNATH		76	M		
PARENTS' ADDRESS पालक का पता					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता					
UTTAR KHASBALANDA, HAROA, NORTH 24 PARGANNA,					
743425, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थान पता					
- AS ABOVE -					
OCCUPATION : UNEMPLOYED			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : Rs 2300 X 12 = 27600/-			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. स्थायी आयदाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	PARITOSH DEBNATH	76	M	SELF	
2.	ASHOK DEBNATH	74	M	SON	
3.	ANIL DEBNATH	72	M	SON	
4.	AMOL DEBNATH	45	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार					
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूखी संलग्न					
Sr. No. क्रम संख्या					
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SISS + TOT)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले का बयान
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- (मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस फार्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।)
- (मेरे द्वारा जो सहायता एतल "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फार्म में परत गया है।)
- (मैं यहाँ बताना हूँ कि भविष्य सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष की गई है, उस एता का अधिकतम या अधिकतम किसी अन्य स्रोत/निर्धनक/बीमा कम्पनी से न ली लिया है और न ही भविष्य में लीगा।)

AGREEMENT by APPLICANT (30446 DG 400)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/uptireproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर उत्तर देना आवश्यक है। (अर्थात्) अपनी सहमति को पुष्टि करना है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्राताओं" को अधिकृत करना है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, वाचनात्मक या अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के तहत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से भ्राता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के भ्राताओं से अधिकृत है प्रसारित करने के लिए सहायता का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधोदक में इयत्ता या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Inventor/s) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अतिरिक्त, इसावरी की संस्था से आने/देने की "संश्लिष्ट पत्राचार" से विविध जानकारी हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (इसपत्रिका) निम्न प्रकार से मान्य व सही मानते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध साक्ष्य किसी भी साक्षरी संयम या किसी अन्य बात से उक्त ऐंटीमानस में होने या हो गई है, बल्कि हमने "कॉलिका फाउन्डेशन" से सिविलीज/विटि उक्त के समर्थ में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा गहरा है कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य विविध अधिकांशकतः हेतु मन्द नहीं किंचित ज्ञान है तो मान्यता किसी अन्य भी साक्षरी संयम या किसी अन्य समर्थन से साक्ष्य होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा गया है कि अस्पष्ट द्वितीय गहरा उक्त ऐंटीमानस हेतु किसी भी साक्षरी संयम या किसी अन्य समर्थन से नहीं होना/होनी।
2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से ही गार् साक्ष्य संयम विविध प्रवृत्ति की है। ऐंटी का हस्तगत द्वारा ही गार् सत्य या किये गये वक्तव्य/प्रक्रिया का पुनरावृत्ति एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्तगत में ऐंटी को इतना मुक्त और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंटी एवं हस्तगत की होती और "कॉलिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वामीजी के लिए संस्थान

Shib Sankar Bagchi
Director

~~Current E-mail Address~~

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

2/2/19

Dr. Alok Agarwal

MBBS, MS, PhD (Eye), FMRF, FSNEC
Reg. No. - 58662

Reg. No.-68668

(Name of Div. & Regn. No. with Stamp)

दाक्ष्यं वा नमः वा हस्त्याय वा रविः न

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायमौ दस्तखतः ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्यामी इस्लाम १

Rich